

Plötzlicher Beginn (innerhalb von Stunden):

Rapide Verschlechterung ca. eine Woche nach Krankheitsbeginn:

2. Therapie und Verlauf

Veränderungen der einzelnen Symptome, des Allgemein- und Gemütszustandes
nachvollziehbar mit Zeitangaben.

Begleittherapien angeben, z.B. NSAR, Phytotherapeutika, Infusionen, O2-Gabe, etc.!

Beispiel:

Kopfschmerz nach 1 h kurzzeitig <, danach >, zuversichtlicher
Am nächsten Morgen: Kopfschmerz weg, Husten > löst sich, kein Erbrechen mehr,
AZ >, fieberfrei, Appetit kehrt wieder

Datum Uhrzeit	Arznei Potenz (Einnahmemodus)	Verlauf (Datum und Zeitangaben) Follow up mind. an Tag 1 und Tag 3 nach Arzneigabe erbeten	Arznei- wirkung*

* Bitte geben Sie in dieser Spalte für jede homöopathische Arzneigabe an, wie Sie die Wirkung einschätzen:

- | | |
|--|---|
| +4 Geheilt, Zustand wie vorher | -4 Desaströse Verschlechterung |
| +3 Deutliche Besserung | -3 Deutliche Verschlechterung |
| +2 Besserung, mit Auswirkung auf das tägliche Leben | -2 Verschlecht., mit Auswirkung auf das tägl. Leben |
| +1 Leichte Besserung, ohne Auswirkung auf das tägliche Leben | -1 Leichte Verschl., ohne Ausw. auf das tägl. Leben |
| 0 Keine Veränderung, nicht beurteilbar | |

Stationär: Tage Intensivstation: Tage Beatmet: Tage

Ende der Erkrankung:

Gesundheit wiederhergestellt: verstorben:

Persistierende Symptome und gesundheitliche Störungen (Freitext):

Bei einer Restsymptomatik nach Möglichkeit den weiteren Verlauf dokumentieren.

3. Begründung der Arzneiwahl/Repertorisation*

Mittel	Bitte teilen Sie uns hier für jede Arznei mit, welche Überlegungen Sie zur Wahl der Arznei veranlasst haben.

* Einfügen der Repertorisation:
Repertorisation per Screenshot aufnehmen (Strg+Druck bzw. CTRL+Print), in die Spalte hineinkopieren (Strg + V bzw. CTRL + V), ggf. verkleinern durch Anfassen des Eckpunktes mit dem Cursor.
ACHTUNG: Bitte achten Sie unbedingt auf die Anonymität der eingefügten Daten!